



# FARMALATINA

DISTRIBUIDORA DE PRODUCTOS DE LABORATORIO,  
DIAGNOSTICO, QUIMICO, CLINICO Y MEDICO

R.U.T. 79.728.570-6  
FACTURA ELECTRONICA

N° 222029

Las Encinas 1495, Valle Grande, Lampa, Santiago, CHILE  
Teléfono : (56-2) 2838 5000 Fax : (56-2) 2838 5050 www.farmalatina.cl

S.I.I. - SANTIAGO PONIENTE

Contactos : ventas@farmalatina.cl analitica@farmalatina.cl

Nombre: **CORPORACION MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA** Fecha: **03/10/2022**  
CORPORACION MUNICIPAL DESARROLLO SOCIAL CALAMA Código Cliente: **709549006**  
Dirección: **Av. BERNARDO O'HIGGINS** Nro.: **1155** Condiciones Venta: **CREDITO 30 DIAS F/F**  
Comuna: **Calama** Ciudad: **Calama** Fecha Vencimiento: **02/11/2022**  
Región: **Segunda Región (de Antofagasta)** País: **CHILE** Vendedor: **SERGIO ALCAYAGA**  
Teléfono: **55-365900** Fax: **55-362287** RUT: **70.954.900-6** Orden de compra: **202200000360**  
Giro: **MUNICIPALIDADES** Nota de Venta: **187146**

Despacho: **LABORATORIO CLINICO COMDES**

Dirección Entrega: **ESMERALDA 1814 VILLA CHICA** Comuna: **Calama** Ciudad: **Calama**

Solicitante: Recibe: Teléfono:

Observaciones: **CTA. CTE. DOM**

| #  | Código  | Cant | Descripción                                                | Marca         | Precio | Total  |
|----|---------|------|------------------------------------------------------------|---------------|--------|--------|
| 1  | IG-2345 | 1    | REFERENCECELLS A1 & B (CONFIRMACION GRUPO ABO) (2 X 10 ML) | Immucor Gamma | 45,600 | 45,600 |
| 2  | IG-2400 | 1    | COR QC TEST SYSTEM (2 X 11.5 ML)                           | Immucor Gamma | 99,500 | 99,500 |
| 3  | IG-2995 | 1    | WEEK D CELLS (DU CELLS) (1 X 5ML)                          | Immucor Gamma | 57,600 | 57,600 |
| 4  |         |      |                                                            |               |        |        |
| 5  |         |      |                                                            |               |        |        |
| 6  |         |      |                                                            |               |        |        |
| 7  |         |      |                                                            |               |        |        |
| 8  |         |      |                                                            |               |        |        |
| 9  |         |      |                                                            |               |        |        |
| 10 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 11 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 12 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 13 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 14 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 15 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 16 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 17 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 18 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 19 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 20 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 21 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 22 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 23 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 24 |         |      |                                                            |               |        |        |
| 25 |         |      |                                                            |               |        |        |



Subtotal \$ 202,700

Total Neto \$ 202,700

IVA 19% 38,513

Total \$ 241,213

Timbre Electrónico SII

Res.N° 89 de 2011 Verifique documento en www.sii.cl

|          |      |  |         |
|----------|------|--|---------|
| Nombre:  |      |  | Firma : |
| Fecha:   | RUT: |  |         |
| Recinto: |      |  |         |

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a los dispuesto en las letras b) del artículo 4° la letra c) del artículo 5° de la ley 19.983 acredita que la entrega de mercadería(s) o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).

FAVOR CANCELAR CON CHEQUE NOMINATIVO A NOMBRE DE FARMALATINA O DEPOSITAR EN LAS SIGUIENTES CUENTAS CORRIENTES :

BANCO SANTANDER SANTIAGO N° 06-4601274-7

BANCO DE CHILE N° 159-15364-06

BANCO ESTADO N° 5544301

Impreso: 03/10/2022 14:06 sgm

**LISTADO DISTRIBUCION ORDENES DE COMPRA**

Orden de Compra : 202200000360 A 202200000360

Fecha Emisión : 04/04/2022 A 04/04/2022

| Orden de Compra | Proveedor                                  | Nro. Solicitud       | Fecha Emisión | Cantidad Prod. |         |         |
|-----------------|--------------------------------------------|----------------------|---------------|----------------|---------|---------|
| Producto        | Centro de Costo                            |                      | Cantidad      | Valor Neto     | IVA     | Total   |
| 202200000360    | 79728570-6                                 | 2022000365           | 04/04/2022    | 154            |         |         |
| 21001030        | KIT HEMORRAGIA OCULTA HEXAGON OBTI. CAI    |                      |               |                |         |         |
|                 | 0004010                                    | LABORATORIO CLINICO. | 2             | 139,800        | 26,562  | 166,362 |
| 21001193        | REFERENCECELLS A&B (ENTREGA 1 MENSUAL) CA  |                      |               |                |         |         |
|                 | 0004010                                    | LABORATORIO CLINICO. | 2             | 91,200         | 17,328  | 108,528 |
| 21001195        | WEAK D CELLS (ENTREGA 1 MENSUAL) CADUCI    |                      |               |                |         |         |
|                 | 0004010                                    | LABORATORIO CLINICO. | 2             | 115,200        | 21,888  | 137,088 |
| 21001271        | COR QC TEST SYSTEM (ENTREGA 1 MENSUAL) C   |                      |               |                |         |         |
|                 | 0004010                                    | LABORATORIO CLINICO. | 2             | 199,000        | 37,810  | 236,810 |
| 21001289        | SYPHILIS RPR TEST. CADUCIDAD 6 MESES COD.5 |                      |               |                |         |         |
|                 | 0004010                                    | LABORATORIO CLINICO. | 6             | 537,000        | 102,030 | 639,030 |
| 21003001        | ASA CALIBRADA 1 ul DESECHABLE CADUCIDAD.   |                      |               |                |         |         |
|                 | 0004010                                    | LABORATORIO CLINICO. | 140           | 138,600        | 26,334  | 164,934 |

**Total Neto : 1,220,800**

**Total IVA : 231,952**

**Total : 1,452,752**

Rut

Firma

Nombre

Entregado Conforme



Rut

Firma

Nombre

Recibido Conforme

*Recupción Conforme*  
*Monro N° 362*  
*Dr. Lab. Clínico*

MEMO. N° 362.-

CALAMA, 12 de octubre del 2022.

**DE : DIRECTORA TECNICA LABORATORIO CLINICO**  
**A : DIRECTORA DEPARTAMENTO DE SALUD COMDES CALAMA**  
**EU. EDITH GALLEGUILLOS LEDEZMA**  
**AT : ENCARGADA DE ADQUISICIONES**  
**SRA. MARCELA VARAS LEON**

1. Mediante el presente, informo a usted que se ha recepcionado conforme los insumos señalados en la **Factura N° 222029** por un valor de \$241.213.- correspondiente a proveedor: **FARMALATINA**.
2. Dicha Factura está asociada a la **ORDEN DE COMPRA N°202200000360**
3. Lo que concluye al valor total de la orden de compra.
4. Lo anterior con cargo a ítem: **"Subvención Salud"**.

Agradeciendo su gestión, saluda atentamente.

DIRECCIÓN DEPTO. SALUD

A: *Marcela*

|                                     |                           |
|-------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | SU CONOCIMIENTO           |
| <input type="checkbox"/>            | GESTIONAR LO SOLICITADO   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | FINES PERTINENTES         |
| <input type="checkbox"/>            | APORTAR ANTECEDENTES      |
| <input type="checkbox"/>            | ANALIZAR Y EMITIR OPINION |
| <input type="checkbox"/>            | ARCHIVO                   |
| <input type="checkbox"/>            | CONVERSAR CON EL SUJETO   |

*Marcela*

IHO/lrc

Distribución:

- La indicada.
- Archivo Laboratorio Clínico.

**DIRECTOR TEC. LAB. CLINICO**  
**TM. ISABEL HUANCHICAY OCHOA**

CORPORACION MUNICIPAL DE  
DESARROLLO SOCIAL DE CALAMA  
DEPARTAMENTO SALUD

12 OCT. 2022

REG. N°: *4228*

HORA: